
**DE NUESTROS CORRESPONSALES NACIONALES
Y EXTRANJEROS**

**PATOGENIA Y TRATAMIENTO DEL
RAQUITISMO**

Por el Dr. R. Molinery.—Corresponsal de la Revista en París.
Trad. R. Zapata.

En reciente publicación el profesor Marfan (1) nos da su concepción sobre la patogenia del raquitismo.

El eminente clínico estudia el síndrome raquítico y lo define así: raquitismo u osteo-linfatismo es una afección crónica de la infancia caracterizada esencialmente por hinchazón, reblandecimiento y deformaciones de los huesos. Estas alteraciones óseas por lo general son múltiples y simétricas. A todo esto se agrega un infarto de los órganos linfáticos cuyas principales manifestaciones consisten en poliadenitis e hipertrofia de las amígdalas, especialmente de la de Lusk. Esta sintomatología se acompaña de anemia semejante en todo a las anemias tóxicas e infecciosas de la primera infancia e hipotonía muscular que se revela por el vientre abultado y la dificultad para la marcha.

Las causas eficientes del raquitismo son para Marfan las infecciones e intoxicaciones crónicas cuando se presentan durante el período de osificación comprendido entre los últimos meses de la vida fetal y los diez primeros de la vida extrauterina.

Entre las afecciones crónicas debemos citar en primer término la sífilis y la tuberculosis de forma escrofulosa; como intoxicaciones crónicas figuran en primera línea: la privación del seno materno que provoca una trofotoxemia semejante a la que se presenta en la carencia

(1) M. A. B. Marfan: "El Raquitismo, Etiología, Patogenia, Tratamiento" (O. Posin edit.—París).

de un régimen equilibrado. La diarrea con recaídas, la diarrea prolongada, la diarrea crónica, la auto-intoxicación dispéptica, constituyen, junto con la eclampsia materna, las nefropatías congénitas, otras tantas causas de raquitismo.

¿Cómo explicar que las causas citadas por Marfan conduzcan al raquitismo?

El autor dice: “Toda intoxicación o infección prolongadas provocan una multiplicación de las células de la medula ósea y una dilatación de los vasos y esta reacción se produce sobre todo en la zona de osificación durante el período activo de dicho fenómeno.

Las lesiones causadas por el raquitismo en sus comienzos son idénticas a las que producen las infecciones y las intoxicaciones en los animales jóvenes: multiplicación de las células de la medula ósea, dilatación de los vasos, proliferación y vascularización del cartílago de conjugación.

Estas alteraciones retardan la calcificación de las trabéculas óseas y provocan una condro-mielitis proliferante que da lugar a la formación del tejido esponjoide característico del raquitismo confirmado. Para que el síndrome sea completo se necesita que se presente igualmente el infarto de los órganos linfoides, la anemia y la hipotonía muscular. El infarto de los órganos linfoides proviene de las infecciones e intoxicaciones, pues ellas producen en dichos órganos fenómenos semejantes a los que causan en la medula ósea.

Separándose de los autores extranjeros, Marfan cree que las infecciones y las intoxicaciones obran sobre los esteroides de la piel y les impiden activarse por las irradiaciones del sol, de los rayos ultra-violetas o de los medicamentos irradiados. De modo que las infecciones o intoxicaciones que se presentan durante los primeros meses de la vida y que se prolongan demasiado, determinarán el raquitismo tanto más fácilmente cuanto mayor sea la disminución en la producción de esteroides, o más dificulten la activación de los mismos. La irradiación y activación de los esteroides provoca la neo-calcificación de las trabéculas óseas y la curación.

¿No se podrá establecer una relación entre los síntomas señalados por Mr. Rotoir en los casos de carencia de vitamina B y algunas osteopatías del raquitismo? El hecho no es imposible.

No nos detendríamos sobre las bases del tratamiento que son bien conocidas si no quisiéramos mostrar cómo Mr. Marfan diferencia la acción de los ergosteroles de la de los ultra-violetas; el ergosterol calcifica la extremidad diáfisaria de los huesos largos más rápida y fuertemente que los ultra-violetas.

El ergosterol irradiado sube rápidamente el tenor del cálcium sanguíneo y aún lo eleva por encima de la normal.

El ergosterol parece desprovisto de acción sobre el síndrome "linfatismo".

Marfan aconseja como adyuvantes de la cura; vida en el campo, a la orilla del mar, curas termales, modificación recalcificante.

Carlos Roeder y René Charry, proceden al tratamiento de las deformaciones graves de los miembros durante la evolución del raquitismo de la manera siguiente:

1) Enderezamiento total por maniobras manuales. 2) En caso de no tener éxito con el método anterior, aplicar precisamente un yeso que ablande y luego hacer el enderezamiento manual. 3) Después de los cuatro años practicar la osteoclasia manual que permite corregir la deformación y tiene la ventaja de no dejar cicatriz Robert Ducroquet y Mr. Carlos Roeder afirman que primero es preciso enderezar para calcificar luego. Mr. Marfan piensa, por el contrario, que es preciso curar el proceso raquítico y tener la certeza de la calcificación normal antes de operar.

Para terminar, diremos algunas palabras de la cura hidro-mineral del raquitismo; citaremos entre las aguas preferidas por los maestros de la ciencia francesa las cloruradas sódicas y las sulfurosas; aún no se sabe cuál es el modo de acción de dichas aguas, pero pensamos, y en esto estamos de acuerdo con el médico de Palies de Salat, que muy probablemente ellas obran a la manera de los rayos ultra-violetas activando los esteroides inertes de la piel y que a favor de esta activación el cálcium va a fijarse sobre las trabéculas inactivas por carencia de sal o de azufre. Indudablemente son meras hipótesis, pero en el Congreso de Tolosa, esto fue mencionado y argumentado por el profesor Lepage, del Colegio de Francia, y por el profesor Nasini, de Milán, quien ha dicho: "No es si no por la observación como nos aproximamos a la verdad".